

## INSTRUCCIONES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

El formulario para divulgar información de antecedentes (HFS64) recopila información requerida por la Ley de comprobación de antecedentes de proveedores de cuidado de Wisconsin para ayudar a empleadores y agencias reguladoras gubernamentales a tomar decisiones sobre empleo, contratos, residencia y de regulación. Complete y devuelva todo el formulario y adjunte las explicaciones especificadas por el empleador o la agencia reguladora gubernamental.

### LEY DE COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES PARA PROVEEDORES DE CUIDADO

De acuerdo con las disposiciones de las secciones 48.685 y 50.065 de los estatutos de Wisconsin (Wisconsin Statutes), para personas que han sido sentenciados por ciertos crímenes, ofensas u otros actos::

1. El Departamento de Salud y Servicios a la Familia (DHFS) puede no licenciar, certificar o registrar a la persona o entidad (Nota: Empleados y proveedores de cuidado se denominan “entidades”);
2. Una agencia del condado puede no certificar a una guardería infantil o licenciar a un hogar custodio de tratamiento o custodia;
3. Una agencia de colocación de niños puede no licenciar un hogar custodio de tratamiento o custodia o contratar a un padre que solicita la adopción de un niño;
4. Una junta escolar no puede contratar a un proveedor de guardería infantil licenciado; y
5. Una entidad no puede emplear, contratar a personas ni permitir que otras personas vivan en la entidad.

Una lista de crímenes u ofensas prohibidas que requieren revisión de rehabilitación está disponible en las agencias reguladoras o en internet en <http://www.dhfs.state.wi.us/> en la conexión de “Licensing” y después en la conexión de Caregiver Program.

### LA LEY DE PROVEEDORES DE CUIDADO CUBRE LOS SIGUIENTES EMPLEADORES/ PROVEEDORES DE CUIDADO (DENOMINADOS “ENTIDADES”)

Programas Regulados Bajo Chapter 48 de Wisconsin Statute	Hogar custodio de tratamiento, Centros de Guardería Familiar, Centros de Guardería en Grupo, Centros de Cuidado Residencial para Niños y Jóvenes, Agencias de Colocación de Niños, Campamento Diario para Niños, Hogares Familiares Custodio para Niños, Hogares en Grupo para Niños, Instituciones de Cuidado de Albergue para Niños y Guarderías Familiares Certificadas.
Programas Regulados Bajo Chapters 50, 51, y 146 de Wisconsin Statute	Programas de Servicio de Salud Mental de Emergencia, Servicios de Tratamiento Diario de Salud Mental para Niños, Salud Mental Comunitaria, Incapacidad de Desarrollo, Servicios AODA, Programas de Apoyo Comunitario, Instituciones Residenciales de Base Comunitaria, Hogares para Familias Adultas de 3-4 camas, Grupos de Apartamentos para Cuidado Residencial, Proveedores de Servicio de Ambulancia, Hospitales, Centros Médicos Rurales, Hospicios, Hogar de Ancianos, Instituciones para Personas con Incapacidad de Desarrollo y Agencias de Salud en el Hogar – incluyendo aquellas que proveen servicios de cuidado personal.
Otros	Proveedores de Guarderías contratados a través de Junta Escolar Local

### LA LEY DE PROVEEDORES DE CUIDADO CUBRE A LAS SIGUIENTES PERSONAS

- Cualquier persona empleada o con contrato con una entidad cubierta que tenga acceso a los clientes, excepto si el acceso es infrecuente o esporádico y el servicio no es directamente relacionado al cuidado del cliente.
- Cualquier Proveedor de Guardería Infantil que tenga contrato con una Junta Escolar bajo Wisconsin Statute 120.13 (14).
- Cualquier persona que viva en el local de una entidad cubierta y que tenga más de 10 años de edad, pero que no es cliente (“residente no cliente”).
- Cualquiera que sea licenciado por DHFS.
- Cualquiera que tenga un hogar custodio licenciado por DHFS.
- Cualquiera que sea certificado por DHFS.
- Cualquiera que sea Proveedor de Guardería Infantil certificado por un departamento de condado.
- Cualquiera que esté registrado por DHFS.
- Cualquiera que sea miembro de una junta u oficial corporativo que tenga acceso a los clientes servidos.

### LEY IMPARCIAL DE EMPLEO

La Ley Imparcial de Empleo de Wisconsin, ss. 111.31 - 111.395, Wisconsin Statutes, prohíbe la discriminación a causa de un registro criminal o acusación pendiente; sin embargo, no es discriminación rehusar contratar o licenciar a una persona en base a un registro de arresto o condena de una persona si el arresto o condena es sustancialmente relacionado a las circunstancias del trabajo particular o actividad licenciada.

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL:** Esta información se usa para obtener datos pertinentes como se exige en las disposiciones establecidas en la Ley de Comprobación de Antecedentes de Proveedores de Cuidado de Wisconsin. Es voluntario que usted

dé su número de seguro social, sin embargo, su número de seguro social es uno de los únicos identificadores usados para prevenir comparaciones incorrectas. Por ejemplo, el Departamento de Justicia usa el número de seguro social, nombre, género, raza y fecha de nacimiento para prevenir comparaciones incorrectas de personas con condenas criminales. El Registro de Proveedores de Cuidado del Departamento de Salud y Servicios a la Familia usa los números de seguro social como identificador para prevenir comparaciones incorrectas con personas que se haya determinado que abusan o descuidan a un cliente o que han malversado la propiedad de un cliente.

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

Se requiere completar este formulario según las disposiciones de las secciones 48.685 y 50.065 de los Estatutos de Wisconsin. Si no cumple se puede negar o revocar su licencia, certificación o registro; o se puede negar o terminar su empleo o contrato. Para más información, consulte las instrucciones adjuntas (HFS-64 A). Es voluntario proveer su número de seguro social, sin embargo, su número de seguro social es uno de los únicos identificadores usados para prevenir comparaciones incorrectas.

### Responda en letra de molde

Marque la casilla que le corresponda

- |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleado/ Contratista (Incluye Nuevo solicitante)<br><input type="checkbox"/> Solicitante de licencia o certificación o registro (incluye continuación o renovación) | <input type="checkbox"/> Miembro de familia / vive en el lugar – pero no es cliente<br><input type="checkbox"/> Otro – especifique: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**NOTA:** Si usted es propietario, operador, miembro de junta o residente no cliente de una institución regulada por la Oficina de Seguro de Calidad (BQA) (1) imprima solo su nombre, inicial y apellido; (2) complete Secciones A y B; (3) firme el formulario; (4) complete el Apéndice HFS-69, todas sus partes y (5) envíe este formulario y el Apéndice a la dirección anotada en las instrucciones del Apéndice.

Nombre e Inicial	Apellido	Título del Cargo (Complete sólo si usted es posible empleado o contratista, o actual empleado o contratista.)		
Otros nombres que usted haya usado antes (incluyendo nombre de soltera)		Fecha de Nacimiento	Género (M / F)	Raza
Dirección			Número de Seguro Social	
Nombre del Negocio y Dirección del Empleador o Proveedor de Cuidado (entidad)				

Sección A – ACCIONES, CRÍMENES Y OFENSAS QUE PUEDAN ACTUAR COMO PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
1. ¿Hay cargos criminales pendientes contra usted o ha sido usted condenado por algún crimen en cualquier lugar, incluyendo tribunales federales, estatal, local, militar o de alguna tribu? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , anote cada crimen, cuando ocurrió o la fecha de la condena y la ciudad y estado donde está el tribunal. Puede que le pidan más información incluyendo una copia certificada de la sentencia de la condena, una copia del cargo criminal o cualquier otro documento relacionado al tribunal o policía.		
2. ¿Un tribunal legal, le ha declarado (adjudicado) ser delincuente, cuando tenía 10 o más años de edad por crimen u ofensa? (Nota: Respuesta a esta pregunta sólo se requiere para centros de guardería familiar y de grupo para niños y campamentos diarios de niños). ➤ Si responde <b>SÍ</b> , anote cuándo y dónde ocurrió cada crimen y el lugar del tribunal (ciudad y estado). Puede que le pidan más información incluyendo una copia certificada de petición de delincuencia, adjudicación de la delincuencia y otros documentos relacionados a la policía o al tribunal.		
3. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted cometió abuso o descuido de niños? Debe responder si marca la casilla de abajo: <input type="checkbox"/> (Sólo empleadores y agencias reguladoras con derecho a obtener información según 48.981(7) tienen autorización para marcar esta casilla, y deben hacerlo) ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		
4. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted cometió abuso o descuido de alguna persona o cliente? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		

(Continúa en la próxima página)

Sección A – Continuación	SÍ	NO
5. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted hizo mal uso (tomó o usó sin permiso) algo de propiedad de una persona o cliente) ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		
6. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted ha <u>abusado a una persona mayor</u> ? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		
7. ¿Tiene usted algún credencial del gobierno que está vencido o que tiene limitaciones y limita el cuidado que usted puede proporcionar a los clientes? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique, incluyendo nombre del credencial, limitaciones o restricciones y el período.		
Sección B – OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA	SÍ	NO
1. ¿Alguna agencia de gobierno o reguladora ha limitado, negado o revocado alguna vez su licencia, certificación o registro para proporcionar cuidado, tratamiento o servicios educacionales? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique cuándo y dónde sucedió el evento.		
2. ¿Alguna agencia de gobierno o reguladora ha negado su permiso o restringido su posibilidad de vivir en el local de la institución que proporciona algún tipo de cuidado? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , explique la razón y cuándo y dónde ocurrió el evento.		
3. ¿Lo han despedido de alguna rama de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, incluyendo la reserva? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , incluya una copia de los documentos de despido (DD214) si lo han despedido dentro de los últimos 3 años. ➤ Es posible que le pidan una copia de su DD214 si el despido ocurrió hace más de 3 años.		
4. ¿Ha vivido usted fuera de Wisconsin en los últimos 3 años? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , anote cada estado y las fechas en que vivió ahí.		
5. ¿Le han revisado sus antecedentes de proveedor de cuidado en los últimos 4 años? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , anote la fecha de cada revisión, el nombre y la dirección y número de teléfono de la persona, institución o agencia de gobierno que condujo la revisión.		
6. ¿Ha pedido alguna vez una revisión de rehabilitación en el Departamento de Salud y Servicios a la Familia, al departamento del condado, agencia de colocación de niños, junta escolar o tribu designada del DHFS? ➤ Si responde <b>SÍ</b> , anote la fecha y el resultado de la revisión. Es posible que le pidan una copia de la decisión de la revisión.		

**Si responde “NO” a todas las preguntas, no se garantiza aprobación reguladora de empleo, residencia o contrato.**

Yo entiendo, bajo castigo de ley, que la información entregada arriba es verídica y precisa de acuerdo a mi entender y que si sabiendo proporciono información falsa o dejo de dar información puede resultar en una multa de hasta \$1,000.00 y otras sanciones según se disponga en el código HFS 12.05 (4), Wis. Adm. Code.

SU FIRMA	Fecha de la firma
----------	-------------------